

Digitaler Impfnachweis



Ich versichere hiermit, dass es sich um meinen persönlichen Impfpass handelt und dass ich gegen COVID-19 geimpft worden bin.

Nachname, Vorname

Geburtsdatum

Telefonnummer für evtl. Rückfragen

Genesen (Datum PCR-Test)

1. Impfung
Impfstoff / Datum

2. Impfung
Impfstoff / Datum

3. Impfung
Impfstoff / Datum

4. Impfung
Impfstoff / Datum

Einwilligungserklärung

Ich willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zum Zweck der Datenübertragung in ein digitales Impfbzertifikat durch den Verbund Brunsviga Apotheke (Thedinghausen) und Schwarmer Apotheke (Schwarne) ein. Ebenso bin ich damit einverstanden, dass ggf. zu Prüfzwecken Informationen zu einer erfolgten Impfung bei Ärzten oder Impfbzentren erfragt werden können und entbinde diese Ärzte oder Impfbzentren hierfür von der ärztlichen Schweigepflicht.

Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Unterschrift des Impfbpass-Besitzers

Vom Apothekenpersonal auszufüllen:

Der Personalausweis wurde zur Identifizierung vorgelegt

Interne Kundennummer:

Unterschrift Mitarbeiter:

Digitalen Impfbnachweis und Impfbausweis zurückerhalten.

Datum:

Unterschrift Kunde: